



Prudential

Seguro grupal por incapacidad

The Prudential Insurance Company of America
Disability Management Services
P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176
Tel: 800-842-1718 Fax: 877-889-4885
www.prudential.com/mybenefits

Acuerdo de reembolso

1 Información del reclamante

Nombre

IM

Apellido

Número de reclamación

Número del Seguro Social del reclamante

Como individuo cubierto por un plan grupal de Prudential, he presentado una reclamación de beneficios por incapacidad (incapacidad a corto plazo y/o incapacidad a largo plazo).

Con respecto a los beneficios del Seguro Social: Entiendo que los beneficios que se pagan bajo este plan grupal se reducirán en el monto equivalente a cualquier beneficio bajo la Ley del Seguro Social que yo o mi familia reciba o tenga derecho a recibir como resultado de mi incapacidad en ese mismo período de tiempo.

Si se aprueba mi reclamación de beneficios, solicito que Prudential posponga la realización de la reducción de mis beneficios descritos en el segundo párrafo de este acuerdo hasta que realmente se me otorguen los beneficios del Seguro Social o termine el proceso de solicitud descrito a continuación ante el Seguro Social.

Me comprometo a solicitar en forma oportuna y diligente los beneficios del Seguro Social en todos los niveles de apelación hasta e incluido el nivel del Juez de derecho administrativo.

Estos pasos pueden incluir:

1. La solicitud de estos beneficios;
2. Si los beneficios son negados, apelación en el nivel de reconsideración;
3. Si los beneficios son negados, apelación en el nivel del Juez de derecho administrativo.

Entiendo que debo proporcionar a Prudential una prueba escrita de haber finalizado el proceso mencionado. También entiendo que debo proporcionar a Prudential un formulario firmado de Autorización del Seguro Social, cuando me lo soliciten. No haber completado este proceso ni presentar pruebas del mismo dará como resultado que Prudential (1) calcule mis beneficios mensuales del Seguro Social y (2) utilice este monto para determinar el ajuste de mis beneficios.

Prometo notificar de inmediato a Prudential si se me otorgan los beneficios del Seguro Social. Entiendo que debo notificar a Prudential de inmediato cualquier cambio en mis beneficios mensuales del Seguro Social.

Si cualquier beneficio bajo la Ley del Seguro Social se me otorga de forma retroactiva, entiendo que puede producirse un sobrepago de mis beneficios por incapacidad a corto y/o largo plazo. Entiendo y acepto que todo o parte de esos retroactivos deben reintegrarse de inmediato a Prudential de acuerdo con los términos del plan grupal.

Continúa en la página 2





Prudential

Acuerdo de reembolso

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IM

--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de reclamación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número del Seguro Social del reclamante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Para ayudar a recuperar estos beneficios sobrepagados, reconozco que puedo autorizar a Prudential a recuperar los fondos mediante el servicio de retiro directo de Prudential (Prudential's Direct Withdrawal) completando el formulario de autorización correspondiente (Direct Withdrawal Authorization Form). Entiendo que no tengo la obligación de autorizar a Prudential a recuperar los fondos mediante este servicio, pero que, independientemente de que proporcione dicha autorización o no, seguiré estando obligado a reembolsar a Prudential todos los sobrepagos de los beneficios por incapacidad.

Con respecto a todas las demás fuentes de ingresos deducibles descritas en el plan grupal, incluidas la compensación a los trabajadores, pensión o jubilación o cobertura similar: acepto devolver a Prudential de inmediato el monto que se me pagó en exceso bajo este plan grupal respecto del monto al que habría tenido derecho bajo los términos del plan, si luego se me asignan otras fuentes de ingreso deducibles mediante un juicio, liquidación o de alguna otra manera.

También entiendo que los beneficios que se pagan bajo este plan grupal se reducirán por el equivalente al monto que recibo, debido a mi incapacidad, de un tercero (después de restar los honorarios razonables del abogado) de acuerdo a lo estipulado en un juicio, liquidación o de alguna otra manera.

Entiendo que debo notificar a Prudential de inmediato todo cambio en los beneficios mensuales que recibo o que recibe mi familia de cualquier otra fuente de ingreso deducible descrita en el plan grupal.

Con respecto a cualquier sobrepago de mis beneficios por incapacidad por parte de Prudential, por la presente asigno, transfiero y entrego a Prudential, en la medida en que se haya pagado algo en exceso bajo este acuerdo, el monto de beneficios futuros que podrían ser pagaderos bajo este plan grupal.

Firma del
empleado

X

Nombre del
empleado
(imprenta)

X

Fecha (MM DD AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

"R/A #1 (Familia)"

